

Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines

A Paper Describing the History,
Process of Development, and
Overview of the Content of the 4th
Edition

Prepared for
Childhood and Youth Division, Health Canada

by
Louise Hanvey

Introduction

In 2000, Health Canada published the 4th Edition of the national guidelines for maternal and newborn care in *Canada—Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines*. This article describes the history of these *Guidelines*, the process undertaken for the production of this 4th Edition, and highlights the contents of the *Guidelines*.

The Definition of Family-Centred Maternity And Newborn Care

Family-centred maternity and newborn care is a complex, multidimensional, dynamic process of providing safe, skilled and individualized care. It responds to the physical, emotional and psychosocial needs of the woman and her family. In family-centred maternity and newborn care, pregnancy and birth are considered normal, healthy life events. As well, family-centred maternity and newborn care recognizes the significance of family support, participation, and choice. In effect, it reflects an attitude rather than a protocol.

The History of these *Guidelines*

Guidelines for maternal and newborn services were first published in Canada by the department of National Health and Welfare in 1968 and subsequently revised in 1974 and again in 1987. Changes were made in each version in keeping with the rapid changes which had occurred in maternal and newborn care in Canada. The first two versions of the *Guidelines* were titled Recommended Standards for Maternity and Newborn Care. In 1975, when the first revision took place, family-centred maternity and newborn care was not yet widely accepted as essential for mothers, babies and families. By 1987, the principles of family-centred maternity and newborn care and the importance of its implementation was more widely recognized. Therefore the title of the *Guidelines* was changed to *Family-Centred maternity and Newborn Care: National Guidelines*.

The Current Context for Maternal and Newborn Care

In the mid-nineties it became apparent to government, professional and voluntary groups that the 1987 *Guidelines* needed revising. However, the state of the world of maternal and newborn care and the environment in which that care was being offered was changing rapidly and dramatically. Over the previous 30 years, a number of fundamental changes had influenced the provision of maternal and newborn care in Canada.

Technology

It is no secret that an explosion in technology has occurred. New and more sophisticated technological tools have become available for maternal and newborn care; for example, electronic fetal surveillance and invasive pain-relief measures. Clearly, information technology has changed the health care system.

Consumer and Professional Participation

Today, a consumer and professional movement is in place, predicated on the belief that birth is a natural, family event that suffers if an "illness model" is applied to the care of families during the childbearing cycle. The routine application of technology, as well as many other routine practices, in maternal and newborn care, are being questioned. Many are insisting that women and families be full participants in decisions regarding their care.

Health Care Restructuring

A restructuring of the health care system is ongoing, with consequent fiscal constraints. Although this restructuring has varied by region across Canada, some similarities have surfaced. For example, a move has occurred to decentralize services from the provincial level to municipalities, with regionalization emerging in some areas. Institutions are downsizing or closing, and transferring services. Hospital stays are becoming shorter.

Evidence-based Practice

Increasingly, health care practices are being questioned and evidence-based practices demanded. In effect, maternal and newborn care has played a central role in the development of this evidence-based practice. The *Oxford Database of Perinatal Trials* (now the *Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Database*) was the first comprehensive resource to provide systematic, evidence-based reviews concerning the efficacy of interventions. Clinical practice guidelines, based on the evidence, have now proliferated in the fields of medicine, nursing and midwifery.

Diversity of the Canadian Population

The Canadian childbearing population has become even more diverse in terms of culture, ethnicity, race, socio-economic status and age. The social supports and resource systems that are available for families and communities vary widely. Today, more women of childbearing age are employed outside the home. More women are delaying childbearing until an older age. Yet, many families are isolated from the support of extended families. Programs and services therefore need to be responsive and accessible to these diverse needs. It is important, too, that all services recognize the special characteristics of the community they are designed to serve. They should be attractive and accessible to women and their families, particularly those who may be least inclined, even reluctant, to use them. This diversity poses a challenge to all involved in maternal and newborn care.

The Process for Developing These *Guidelines*

In order to address the complexity of the current environment within which these *Guidelines* would have to be utilized, it was recognized that the *Guidelines* would have to be written in a collaborative fashion, involving all potential stakeholders. Therefore, a three phase, participatory process was developed to develop and produce the *Guidelines*.

Phase One

To begin with, in order to confirm that the *Guidelines* were still needed and to explore what should change from the 1987 Edition, a User Feedback Survey was conducted. Questionnaires were distributed to 100 potential users of the *Guidelines*—professionals working in maternal and newborn care in a variety of settings (hospitals, community agencies, governments and educational settings). The survey asked questions in the following general areas:

What would make the *Guidelines* more useful?

As general topics, are the chapters in the 1987 *Guidelines* still relevant? What is missing? What could be deleted?

Is the format of the *Guidelines* useful? Are they easy to follow?

Based on 66 responses, the Survey revealed the following.

- ◆ The vast majority of the respondents had seen the *Guidelines* and three-quarters of them had used them.

- ◆ All but one respondent supported the continuation of the *Guidelines* and saw them as a useful tool in the field.
- ◆ All respondents identified that a major re-write of the content of the *Guidelines* was necessary.
- ◆ The majority of respondents recommended that the Chapter headings of the 1987 were still relevant.
- ◆ Respondents identified that what would make the *Guidelines* more useful was marketing and implementation—emphasizing that the *Guidelines* should be marketed widely to administrators, practitioners, to the general public and to heads of departments.
- ◆ Respondents felt that the overall philosophy and tone of the 1987 *Guidelines* did not adequately reflect the principles of family-centred care as they are currently understood, and that this needed to be addressed.
- ◆ Respondents were emphatic that the *Guidelines* be based on research and evidence, and that this be a strong theme for the new book.
- ◆ Respondents felt the *Guidelines* should build on currently available national clinical practice (and other) guidelines and that they not “re-invent the wheel”.
- ◆ Particular content that respondents wanted to see addressed in the new *Guidelines* (that was not in the old) was consumer participation, choice, the place of technology, breastfeeding, community-based care, and the inclusion of all personnel (e.g., midwives, doulas).
- ◆ The vast majority of the respondents found the size, format and layout of the *Guidelines* useful and satisfactory. The recommended changes were to include references after each chapter, to use figures and boxes, and to make the *Guidelines* available in an electronic format.

Based on this feedback the decision was made to proceed with the revision of the *Guidelines*. Since there are so many stakeholders involved in the care of mothers and babies in Canada, the revision process needed to be participatory and inclusive, in order to increase the likelihood that the *Guidelines* would be used and have an impact. In order to address this, a Core Group of national professional and consumer organizations was established. The membership of this group is seen in Figure 1. The Core Group met twice to plan the process for revising the *Guidelines*. They identified recent information that was relevant to the development of the *Guidelines*; they planned the process for writing the *Guidelines*; they made recommendations regarding the structure of the *Guidelines*; they identified participants for working groups to write the *Guidelines*; and they planned for the roles of their participant organizations in the dissemination and implementation of the *Guidelines*.

Phase Two

Based on recommendations of the members of the Core Group, individual Working Groups were established to write the content of the *Guidelines*. These Working Groups were staffed by a Project Director. There were 13 working groups, organized around the content of the *Guidelines*:

Introduction and Philosophy
Organization of Services
Preconception Care
Care During Pregnancy
Care During Labour and Birth
Combined Care of the Mother and Newborn (four groups)
Breastfeeding
Loss and Grief
Transport
Facilities and Equipment

Each of these Working Groups was interdisciplinary in nature. The disciplines were medicine (neonatology, obstetrics/perinatology, anaesthesia, and family medicine); nursing (community and hospital); midwifery; families; childbirth education; administration; architecture and planning. The members of the Working Groups were volunteers. They were chosen based on their expertise in particular subject areas. They represented all regions of the country. These volunteers met by conference call to establish the outline for their chapter, discuss the specific content and review drafts. They continued their work through E-mail, fax and mail communication. The volunteers each wrote specific areas of the content and the Project Director drew the content together and edited/revised the chapters. Each of the chapters went through three or four drafts during this process.

Phase Three

Phase three of the process encompassed a two-part review process. Specific chapters and/or the entire document were reviewed by some Working Group members and other volunteer reviewers. In addition, the entire document was reviewed, revised and finalized by a formal Editorial Review Team. This Team of 15 individuals, was interdisciplinary in composition, represented each of the Working Groups, and had outside representatives who had not previously been part of the process. Each member had expertise in the related content. The Editorial Review Team reviewed and provided feedback on three further drafts of the *Guidelines*. They identified, discussed and came to resolution on contentious issues. The Team worked exclusively via teleconference—each Chapter requiring at least three calls—and the Project Director was responsible for revising and editing the Drafts according to the Team's recommendations.

The result of this tremendous volunteer effort was the newly revised *Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines* - 1999.

The Purpose of the Current *Family-Centred Maternity and Newborn: National Guidelines*

The purpose of the *Family-Centred Maternity and Newborn: National Guidelines* is to assist hospitals and other health care agencies in planning, implementing and evaluating maternal and newborn programs and services. Although designed for policy makers, health care providers (e.g. physicians, nurses, midwives), parents, program planners and administrators, these are not clinical practice guidelines. Current clinical practice guidelines, however, are referred to and abstracted throughout the document.

Because of the diversity of Canada's regions and communities, the *Guidelines* are intended to be sufficiently flexible to encompass the various approaches, policies and protocols of Canadian institutions, agencies, communities and regions.

The Content of the *Guidelines*

The *Guidelines* are organized from general principles to specific details. Chapter 1 begins with an **introduction** to the concepts of family-centred maternity and newborn care and a description of the basis of this care – the guiding principles. Chapter 2 describes the **organization of services** within a regionalized system of family-centred maternity and newborn care. The next four chapters provide guidelines for providing care during the childbearing cycle: **preconception care, care during pregnancy, care during labour and birth and early postpartum care of the mother and infant and transition to the community**. The next three chapters address specific

topics of concern relative to family-centred maternity and newborn care: **breastfeeding, loss and grief and transport**. The final chapter describes the guidelines for the **facilities and equipment** necessary when providing care.

Each chapter begins with the particular guiding principles relevant to the aspect of maternity and newborn care under discussion. Each chapter also includes its own references to the literature. The appendices at the end of most chapters provide more detailed information in specific areas.

These *Guidelines* are based on research evidence. If the evidence is unclear or an area of care remains controversial, it is noted. If a clear benefit has emerged based on strong research evidence, it is detailed. Where there are risks, they are defined. Finally, if the research is nonexistent or limited, it is recommended that evidence be developed.

The *Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines* are based on a number of guiding principles. These principles are found in Figure 2. They recognize that pregnancy and birth are unique experiences and for most women and families a normal, healthy process. Families are central to care as is informed choice. Relationships between women and care providers are based on trust and mutual respect, and it is recognized that health care providers can, and do, have a powerful effect on women and families who give birth. Technology is used appropriately and all care is based on research evidence—however it is recognized that there are a number of indicators of quality that need to be examined in this research.

Conclusion

The *Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines*, 4th Edition, were developed as a result of a collaborative process involving health care providers and consumers. As we move into the next millennium, these *Guidelines* will help us achieve the objective that we all share—a healthy and satisfying pregnancy, birth and postpartum experience for all mothers, babies and families.

Figure 1
Core Group Members

Aboriginal Nurses Association
Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses - Canada
Canada Anaesthetists' Society
Canadian Coalition for the Prevention of Developmental Disabilities
Canadian Coalition for Regionalized Perinatal Care
Canadian Confederation of Midwives
Canadian Council on Health Services Accreditation
Canadian Healthcare Association
Canadian Institute of Child Health
Canadian Medical Association
Canadian Nurses Association
Canadian Paediatric Society
Canadian Public Health Association
Canadian Women's Health Network
College of Family Physicians of Canada
Consumer representatives
International Childbirth Education Association
Native Physicians Association in Canada
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

Figure 2

Guiding Principles

- ◆ Birth is a celebration – a normal, healthy process.
- ◆ Pregnancy and birth are unique for each woman.
- ◆ The central objective of care for women, babies and families is to maximize the probability of a healthy woman giving birth to a healthy baby.
- ◆ Family-centred maternity and newborn care is based on research evidence.
- ◆ Relationships between women, their families and health care providers are based on mutual respect and trust.
- ◆ Women are cared for within the context of their families.
- ◆ In order to make informed choices, women and their families need knowledge about their care.
- ◆ Through respect and informed choice, women are empowered to take responsibility.
- ◆ Health care providers have a powerful effect on women and families who are giving birth.
- ◆ Family-centred care welcomes a variety of health care providers.
- ◆ Technology is used appropriately in family-centred maternity and newborn care.
- ◆ Quality of care includes a number of indicators.
- ◆ Language is important.

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales

Document présentant l'historique et
l'élaboration de la quatrième édition
et donnant un aperçu de son contenu

Préparé pour la
Division de l'enfance et de la jeunesse, Santé Canada

par
Louise Hanvey

Introduction

En 2000, Santé Canada a publié la quatrième édition des lignes directrices nationales sur les soins à la mère et au nouveau-né intitulées *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Le présent article fait l'historique de ces lignes directrices, décrit la démarche adoptée pour la production de la quatrième édition et donne un aperçu du contenu.

Définition des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale

Par soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, on entend un processus complexe, multidimensionnel et dynamique permettant de prodiguer en toute sécurité des soins spécialisés et personnalisés répondant aux besoins physiques, affectifs et psychosociaux des femmes et de leur famille. Dans une telle perspective, la grossesse et la naissance constituent une étape saine et normale de la vie, d'où l'importance du soutien aux familles, de leur participation et des choix qu'elles posent. En fait, lorsqu'on parle de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, on évoque une attitude plutôt qu'un protocole.

Historique des lignes directrices

Les lignes directrices sur les soins à la mère et au nouveau-né ont été publiées pour la première fois au Canada en 1968 par le ministère de la Santé et du Bien-être social, puis révisées en 1974 et en 1987. Des modifications ont été apportées à chaque version à la lumière des changements rapides qui ont bouleversé ce domaine des soins au Canada. Les deux premières versions des lignes directrices s'intitulaient *Normes recommandées pour les soins à la mère et au nouveau-né*. En 1975, lors de la mise à jour, les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale n'étaient pas encore reconnus comme essentiels pour les mères, les nourrissons et les familles. En 1987, les principes régissant les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale et l'importance de leur mise en œuvre étaient mieux reconnus. C'est pourquoi on a modifié le titre du document que l'on a intitulé *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*.

Contexte actuel des soins à la mère et au nouveau-né

Vers le milieu des années 90, le gouvernement, les professionnels et les groupes de bénévoles se sont rendus compte que les lignes directrices de 1987 avaient besoin d'être révisées. Cependant, l'ensemble des soins à la mère et au nouveau-né et le milieu dans lequel ces soins étaient prodigués subissaient une transformation rapide. Au cours des 30 années précédentes, plusieurs changements de taille avaient influencé la prestation des soins à la mère et au nouveau-né au Canada.

Technologie

L'explosion technologique n'est un secret pour personne. On dispose maintenant de nouveaux outils technologiques plus perfectionnés pour prodiguer des soins à la mère et au nouveau-né, tels que le moniteur fœtal ou différentes mesures analgésiques invasives. Nul doute par ailleurs que les technologies de l'information ont transformé le système de soins.

Participation des consommateurs et des professionnels

Un nombre croissant de consommateurs et de professionnels interprètent dorénavant la naissance comme un événement familial naturel et déplorent que l'on prodigue soins et soutien aux familles en appliquant au cycle de la procréation un « modèle de maladie ». Certains remettent en question l'application courante de la technologie et d'autres pratiques de routine pour les soins à la mère et au nouveau-né. Bon nombre d'entre eux insistent sur la pleine participation des femmes et des familles aux décisions concernant les soins.

Réforme de la santé

La réforme du système canadien de la santé est en cours et elle se traduit par des réductions budgétaires. Bien que cette réforme varie d'une région à l'autre, certains traits communs peuvent être dégagés. On note par exemple une tendance à la décentralisation des services à partir du palier provincial vers le palier municipal et, à certains endroits, à une régionalisation des services. Certains établissements réduisent actuellement leurs effectifs tandis que d'autres ferment leurs portes. Les services sont assurés à d'autres établissements. Les séjours à l'hôpital sont de plus en plus courts.

Pratiques fondées sur des données scientifiques

Les pratiques en matière de soins de santé font de plus en plus l'objet de discussions, et on exige maintenant qu'elles s'appuient sur des données scientifiques. En fait, les soins à la mère et au nouveau-né ont joué un rôle de premier plan dans l'évolution de cette pratique s'appuyant sur des données. La base de données Oxford des essais périnataux (maintenant la base de données sur la grossesse et la naissance du Centre de collaboration Cochrane/*Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Database*) a été la première à étayer l'efficacité des interventions au moyen d'études systématiques fondées sur l'expérience clinique. De plus en plus de lignes directrices relatives aux pratiques cliniques des médecins, des infirmières et des sages-femmes s'appuient sur des données scientifiques.

Diversité de la population canadienne

La population canadienne en âge d'avoir des enfants s'est diversifiée en termes de culture, d'ethnie, d'origine raciale, de statut socio-économique et d'âge. Le soutien social et les systèmes de ressources offerts aux familles et aux collectivités varient beaucoup. Bien des femmes en âge de procréer sont maintenant sur le marché du travail. Elles sont plus nombreuses à décider d'avoir leurs enfants à un âge plus avancé. Cependant, bien des familles sont dans l'impossibilité de recevoir l'aide de leur famille élargie. Il faut donc que les programmes et les services répondent à leurs besoins et qu'ils soient accessibles. Il importe également de moduler tous les services en fonction des particularités des diverses collectivités auxquels ils s'adressent. En plus d'être attrayants, ces services doivent être accessibles aux femmes et à leur famille, en particulier à celles qui sont moins portées à s'en prévaloir voire réticentes à le faire. Une telle diversité pose un nouveau défi à tous les professionnels qui prodiguent des soins aux mères et aux nouveau-nés.

Processus d'élaboration des lignes directrices

Compte tenu de la complexité du contexte dans lequel ces lignes directrices seront appliquées, il a été déterminé qu'il convenait d'adopter une démarche participative faisant appel à tous les intervenants éventuels pour élaborer les lignes directrices. Celles-ci ont donc été élaborées en trois étapes.

Première étape

Pour commencer, dans le but de confirmer l'utilité des lignes directrices et d'étudier les changements à apporter à la version de 1987, une enquête a été menée auprès des utilisateurs. Des questionnaires ont été distribués à 100 utilisateurs potentiels des lignes directrices – des professionnels travaillant dans le domaine des soins à la mère et au nouveau-né dans divers milieux (hôpitaux, organismes communautaires, pouvoirs publics et établissements d'enseignement). On leur a demandé de répondre à des questions dans les grands domaines suivants :

Qu'est-ce qui rendrait les lignes directrices plus utiles?

Les chapitres des lignes directrices de 1987, qui sont consacrés à un sujet d'ordre général, sont-ils encore pertinents? Que manque-t-il? Que pourrait-on supprimer?

La présentation des lignes directrices est-elle adéquate? Les lignes directrices sont-elles faciles à suivre?

À la lumière des 66 réponses reçues, l'enquête a révélé ce qui suit :

- ◆ La grande majorité des personnes interrogées avaient connaissance des lignes directrices et les trois quarts d'entre elles les avaient appliquées.
- ◆ Tous les répondants, sauf un, étaient en faveur du maintien des lignes directrices et les considéraient comme un outil utile dans le domaine.
- ◆ Toutes les personnes interrogées jugeaient nécessaire la refonte des lignes directrices.
- ◆ La majorité des répondants ont indiqué que les titres des chapitres de la version de 1987 étaient encore pertinents.
- ◆ Selon les personnes interrogées, la promotion et la mise en œuvre des lignes directrices les rendraient plus utiles. Elles ont souligné que les lignes directrices devraient être communiquées dans une large mesure aux administrateurs, aux professionnels, au public et aux chefs de service.
- ◆ Les répondants étaient d'avis que la philosophie générale et le style des lignes directrices de 1987 ne reflétaient pas adéquatement les principes des soins dans une perspective familiale tels qu'on les comprend actuellement, et qu'il fallait se pencher sur la question.
- ◆ Les répondants ont fait valoir que les lignes directrices devaient reposer sur des travaux de recherche et des données scientifiques et que le nouvel ouvrage devait accorder une grande importance à la question.
- ◆ Pour les répondants, les lignes directrices devaient reposer sur les lignes directrices nationales sur la pratique clinique et autre qui existent et ne pas « réinventer la roue ».

- ◆ Les personnes interrogées souhaitaient particulièrement que les nouvelles lignes directrices abordent des sujets qui n'étaient pas abordés dans l'ancienne version : participation du consommateur, choix, place de la technologie, allaitement, soins en milieu communautaire et inclusion de tout le personnel (p. ex., sages-femmes, personnes de soutien).
- ◆ La grande majorité des personnes interrogées ont qualifié de satisfaisantes la longueur, la présentation et la structure des lignes directrices et ont souligné l'utilité de ces dernières. Au nombre des changements qu'elles ont recommandés, mentionnons l'ajout d'ouvrages de référence à la fin de chaque chapitre, l'utilisation de figures et d'encadrés et la publication des lignes directrices sur un support électronique.

Compte tenu de ces opinions, les responsables ont pris la décision de réviser les lignes directrices. Étant donné la multitude de personnes ayant un rôle à jouer dans les soins à la mère et au nouveau-né au Canada, la révision devait s'appuyer sur une démarche participative destinée à inclure le maximum de gens afin de donner au document le rayonnement voulu. À cette fin, un groupe central d'organismes nationaux de professionnels et de consommateurs a été créé. Les membres de ce groupe sont présentés à la figure 1. Le groupe central s'est réuni à deux reprises pour planifier la méthode de révision. Il a dressé la liste des ouvrages récents utiles à l'élaboration des lignes directrices, puis il a planifié le processus de rédaction des lignes directrices. Il a ensuite formulé des recommandations concernant la structure du document, nommé les participants des groupes de travail chargés de rédiger les lignes directrices et enfin, déterminé le rôle de leur organisme respectif au moment de la distribution et de la mise en œuvre des lignes directrices.

Deuxième étape

À la lumière des recommandations des membres du Groupe central, des groupes de travail ont été créés et chargés de rédiger les lignes directrices. Ces groupes de travail avaient à leur tête un directeur de projet. On comptait 13 groupes de travail, structurés en fonction du contenu des lignes directrices :

- Introduction et philosophie
- Organisation des services
- Soins avant la conception
- Soins pendant la grossesse
- Soins durant le travail et la naissance
- Soins à la mère et au nouveau-né (quatre groupes)
- Allaitement
- Perte et deuil
- Transport
- Installations et équipement

Les groupes de travail étaient composés de volontaires évoluant dans différentes disciplines : médecine (néonatalogie, obstétrique et périnatalogie, anesthésie et médecine familiale); soins infirmiers (soins communautaires et hospitaliers); obstétrique (sages-femmes); familles; cours prénataux; administration; architecture et planification. Les volontaires ont été choisis selon leurs compétences dans des domaines particuliers. Ils représentaient toutes les régions du pays. Ces volontaires tenaient des téléconférences pour préciser les grandes lignes de leur chapitre respectif, discuter du contenu et réviser les différentes versions. Leurs échanges se sont également

faits par courrier électronique, par télécopieur et par la poste. Les volontaires ont rédigé les diverses sections du document et le directeur de projet a regroupé et révisé les chapitres. Chaque chapitre a fait l'objet de trois ou quatre versions durant ce processus.

Troisième étape

La troisième étape du processus consiste en un examen en deux volets. Certains membres des groupes de travail ou d'autres volontaires ont examiné des chapitres spécifiques ou tout le document. De plus, tout le document a été examiné, révisé et corrigé par un comité officiel de révision. Ce comité interdisciplinaire, formé de 15 personnes, représentait chaque groupe de travail et comptait des personnes de l'extérieur qui n'avaient pas encore participé au processus. Le travail de révision de chaque membre correspondait à son domaine de compétences. Le comité de révision a procédé à un examen approfondi du document et a formulé ses observations sur trois versions subséquentes. Il a aussi cerné, étudié et résolu les questions litigieuses. Le comité s'est réuni uniquement par téléconférence – chaque chapitre ayant nécessité au moins trois appels – et le directeur de projet a assumé la responsabilité de la révision et de la correction de chacune des versions subséquentes, conformément aux recommandations du comité.

Les efforts inlassables de tous ces volontaires ont permis de produire le document intitulé *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, version de 1999.

Objet des lignes directrices nationales sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale

Les lignes directrices ont pour but d'aider les hôpitaux et les autres organismes du secteur de la santé à planifier, à mettre en place et à évaluer des programmes et des services de soins à la mère et au nouveau-né. Elles s'adressent également aux décideurs, aux professionnels de la santé (notamment les médecins, les infirmières et les sages-femmes), aux parents, aux planificateurs et aux administrateurs de programmes, bien qu'elles ne constituent pas à proprement parler des lignes directrices de pratique clinique. Cependant, dans le document, on renvoie aux lignes directrices de pratique clinique en vigueur ou on en présente un aperçu.

En raison de la diversité des régions et des collectivités canadiennes, les lignes directrices se veulent assez souples pour intégrer les différents protocoles, politiques et approches des établissements, organismes, collectivités et régions de tout le pays.

Contenu des lignes directrices

Les lignes directrices procèdent du général au particulier. Le premier chapitre commence par une **présentation** des concepts sous-jacents aux soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, puis explique le fondement de ces soins – soit les principes directeurs. Le deuxième chapitre décrit l'**organisation des services** au sein d'un système régionalisé de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Les quatre chapitres suivants traitent des lignes directrices régissant les soins à prodiguer au cours du cycle de la procréation : **soins avant la conception, soins pendant la grossesse, soins durant le travail et la naissance, soins postnatals**

mère-enfant et transition vers la collectivité. Les trois chapitres suivants analysent des thèmes relatifs aux soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : **allaitement, perte et deuil, et transport.** Le dernier chapitre décrit les lignes directrices relatives aux **installations** et à l'**équipement** nécessaires à la prestation des soins.

Chaque chapitre énonce d'abord les principes directeurs pertinents à l'aspect des soins aux mères et aux nouveau-nés dont il est question. Chacun comprend des renvois à des ouvrages scientifiques. Les annexes à la fin de la plupart des chapitres fournissent des détails supplémentaires sur certains domaines spécifiques.

Les lignes directrices sont fondées sur les résultats de la recherche. Si ces résultats laissent planer un doute ou si un aspect des soins est encore controversé, il en est fait mention. Si des travaux de recherche très concluants font ressortir clairement un certain avantage, cet avantage est expliqué en détail. S'il y a des risques, ils sont définis. Enfin, si la recherche fait défaut ou est insuffisante, il est recommandé d'étudier davantage la question.

Le document intitulé *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* repose sur plusieurs principes directeurs, que l'on trouvera à la figure 2. Ils reconnaissent que la grossesse et la naissance sont des expériences uniques et, pour la plupart des femmes, un événement normal et sain. Les familles sont essentielles à la prestation de ces soins, tout comme l'est le choix éclairé. Les relations entre les femmes et les professionnels de la santé reposent sur la confiance et le respect mutuel, et l'on reconnaît que les professionnels de la santé peuvent exercer et ont effectivement une grande influence sur les femmes qui donnent naissance et leur famille. La technologie est utilisée à bon escient et tous les soins sont fondés sur des données scientifiques. Cependant, on reconnaît que plusieurs indicateurs de la qualité doivent être examinés dans le cadre de cette recherche.

Conclusion

La quatrième édition du document intitulé *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* est le fruit de la collaboration de professionnels de la santé et de consommateurs. À mesure que les années passeront, ces lignes directrices nous aideront à atteindre l'objectif que nous visons tous – donner à toutes les mères et à leur famille une expérience saine et satisfaisante de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale pour le plus grand bien du nouveau-né.

Figure 1
Membres du Groupe central

Association canadienne de santé publique
Association canadienne des soins de santé
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Association internationale d'éducation périnatale
Association médicale canadienne
Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses - Canada
Canadian Coalition for Regionalized Perinatal Care
Canadian Confederation of Midwives
Coalition canadienne pour la prévention des troubles du développement
Collège des médecins de famille du Canada
Conseil canadien d'agrément des services de santé
Institut canadien de la santé infantile
Native Physicians Association in Canada
Représentants des consommateurs
Réseau canadien pour la santé des femmes
Société canadienne de pédiatrie
Société canadienne des anesthésistes
Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada

Figure 2

Principes directeurs

- ◆ La naissance d'un enfant est un événement heureux – un événement normal et sain.
- ◆ Chaque femme vit sa grossesse et la naissance de façon unique.
- ◆ Le principal objectif de la prestation de soins aux femmes, aux nourrissons et aux familles est d'accroître au maximum les chances pour les femmes en bonne santé de donner naissance à un bébé en bonne santé.
- ◆ Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale s'appuient sur des données scientifiques.
- ◆ Les rapports entre les femmes, les familles et les professionnels de la santé reposent sur la confiance et le respect mutuel.
- ◆ Les soins sont prodigués aux femmes dans leur contexte familial.
- ◆ Pour faire des choix éclairés, les femmes et les familles ont besoin d'être renseignées sur les soins prodigués.
- ◆ Grâce au respect qu'on leur manifeste et à la possibilité de faire des choix éclairés, les femmes sont en mesure d'assumer leurs responsabilités.
- ◆ Les professionnels de la santé exercent une profonde influence sur les femmes qui donnent naissance et sur leur famille.
- ◆ Les soins à la mère et au nouveau-né peuvent être prodigués par des professionnels de différentes disciplines.
- ◆ En matière de soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, la technologie est utilisée à bon escient.
- ◆ La qualité des soins se mesure à l'aide de plusieurs indicateurs.
- ◆ Le choix des mots est important.